

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1928-1929

N° 59

LES
HERNIES TUBAIRES
ET LEURS COMPLICATIONS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1928.

PAR

Georges-Maurice DAYDÉ

Élève du Service de Santé de la Marine,

Externe des Hôpitaux,

Né à Albi (Tarn), le 16 Mars 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0110

LES
HERNIES TUBAIRES
ET LEURS COMPLICATIONS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1928.

PAR

Georges-Maurice DAYDÉ

Élève du Service de Santé de la Marine,

Externe des Hôpitaux,

Né à Albi (Tarn), le 16 Mars 1905.



Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
DUVERGEY, professeur	} <i>Juges.</i>
PERY, agrégé	
JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale in-	
Clinique chirurgicale	CASSAET.	fantile et orthopédie	ROCHER
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
que générales.....	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-	
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.....	CRUCHET
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-	
microscopie clinique...	SABRAZES.	dicale.....	DENIGES.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et phar-	
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	maceutique.....	SIGALAS.
tologie.....	PACHON.	Médecine coloniale et cli-	
Physiologie.....	AUCHE.	nique des maladies exoti-	BONNIN
Hygiène.....	LANDE	ques.....	
Médecine légale et déon-		Clinique des maladies cuta-	PETGES.
tologie.....		nées et syphilitiques....	DUVERGEY
Electroradiologie et clin.	RÉCHOU	Clin. des mal. des voies urinaires..	
d'électricité médicale..	CHELLE.	Clinique des maladies ner-	ABADIE
Chimie ..		veuses et mentales.....	PORTMANN.
Botanique et matière mé-	BEILLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	
dicale.....	DUPOUY.	Toxicologie et hygiène ap-	
Pharmacie.....	MANDOUL.	pliquée.....	LABAT.
Zoologie et parasitologie..	MAURIAC.	Hydrologie thérapeutique	
Médecine expérimentale..	TEULIÈRES.	et climatologie.....	SELLIER.
Clinique ophtalmologique.			

MM. DELAUNAY (Physiologie). — MICHELEAU, LEURET,
DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	DUBECO.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTÉ.		PAPIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY
Anatomie pathologique...	MURATET.		CHARRIER.
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	LOUBAT.
naturelles			PERY.
	CREYX		FAUGERE
	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX
Médecine générale.....	DAMADE	Pharmacie.....	GOLSE.
	PIECHAUD.	Dermatologie et syphilogra-	
	N...	phie.....	JOULIA.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puericulture	N.
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.	N.
Accouchements	AUGERE.	Pharmacie chimique	GOLSE
Ophtalmologie.....	CABANNES	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
		Orthopédie chez l'adulte, pour les accablés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes .	MM. N.
		Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

*Ce faible témoignage de mon
amour filial et de ma recon-
naissance infinie.*

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

mort pour la patrie.

—

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE EMILE FOURES

—

A MA FIANCEE

—

A MA SŒUR. — A MON BEAU-FRERE

hommage d'une grande affection.

—

A TOUS LES MIENS

—

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE MEDECIN GENERAL BRUGERE

**DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DE SANTÉ DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE**

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEANNENEY

**PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CROIX DE GUERRE**

*Qui nous a conseillé le choix de
ce travail et nous a guidé judi-
cieusement pendant toute son
exécution.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qu'il veuille bien accepter nos
remerciements et nos hom-
mages respectueux pour le
grand honneur qu'il nous fait
en acceptant de présider notre
thèse.*

AVANT-PROPOS

C'est pour nous un devoir et un plaisir de venir apporter ici un hommage de gratitude profonde à tous les Maîtres qui nous ont formé.

Nos pensées vont d'abord aux professeurs de l'Ecole annexe de Médecine navale de Toulon qui, par leurs conseils toujours avertis et la clarté de leur enseignement, ont su nous donner le goût de notre métier.

Nous ne saurions quitter la Faculté et les hôpitaux de Bordeaux sans exprimer aux maîtres qui nous ont dirigé dans nos études médicales nos sentiments de bien vive reconnaissance ; nous remercions plus particulièrement MM. les Professeurs Bégouin, Sabrazès, Rivière, Petges, Leuret, Portmann, Dubreuilh, MM. les docteurs Bousquet, Secousse, Cabannes qui nous ont toujours témoigné le plus grand intérêt.

Que Monsieur le professeur agrégé Jeanneney, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a guidé si sûrement dans son élaboration, veuille bien accepter le témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Guyot, nous exprimons nos très vifs remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant aujourd'hui la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

La présence des organes génitaux dans une hernie chez la femme n'est point rare, mais la présence de la trompe seule dans un sac herniaire constitue une variété peu fréquente. Et cependant, l'accord ne semble pas être fait entre les divers auteurs. C'est ainsi que Muscatello dans son article « sub hernia della tuba uterina, Catania 1904 » publie 75 cas de hernie des organes génitaux de la femme où nous trouvons :

Hernies tubaires.....	49
— de l'ovaire.....	10
— tubo-ovariennes.....	8
— utérines.....	8
— du ligament rond.....	1
— d'une trompe accessoire	2

Plus tard, en 1905, Andrews dans le *Journal Am. Med. Association* présente également 362 cas de hernies semblables et réparties ainsi :

Hernies tubaires ..	46
— tubo-ovariennes	80
— de l'ovaire	167
— utérines.....	43
— de l'utérus gravide	30

Les deux statistiques sont on le voit contradictoires. Pour Muscattello, les hernies tubaires constitueraient 65 %,

pour Andrews 12 % seulement des hernies des organes génitaux de la femme. Quoiqu'il en soit, et ceci résulte de nos recherches personnelles, nous pouvons dire que la hernie de la trompe est peu fréquente. Nous avons pu néanmoins en réunir 78 observations, tant dans la littérature française que dans la littérature étrangère. Nous les publions succinctement à la fin de ce travail, donnant à côté du nom de l'auteur, l'année et l'ouvrage où elles ont été publiées.

C'est Legars qui le premier en 1893, dans la *Revue de Chirurgie*, publie un mémoire sur les hernies de la trompe sans hernie de l'ovaire. Mais bien avant de nombreux cas avaient été décrits. Il faut excepter la relation du premier fait de cet ordre, qui aurait été observé par Soranus (d'Ephèse) vers l'an 97 de notre ère, d'après Peyrilhe. Daremberg a traduit de la façon suivante le cas de l'auteur grec : « Or, quelques uns, comme le prétend Chios, disent qu'il y a aussi des ligaments suspenseurs qui s'implantent sur les testicules (testes muliebres). Nous mêmes avons *de visu* vérifié ce fait par l'expérience chez une femme affectée de hernie intestinale; chez cette femme, il y eut, pendant l'opération, une chute du testicule, par suite du relâchement des vaisseaux qui le retiennent et l'enveloppent, avec lesquels le ligament suspenseur s'échappa aussi ».

Le deuxième fait appartient à Louis Léger de Gouey (de Rouen) qui le publia en 1716. C'est l'histoire d'une grossesse tubaire intraherniaire d'ailleurs méconnue et mal interprétée, comme d'autres qui ont dû échapper en assez grand nombre.

Il faut arriver à Voigt en 1809, pour avoir la première observation détaillée sur la question. Puis c'est Bérard, qui dans l'*Expérience* en 1839, publie un cas de hernie crurale de la trompe droite. Successivement Schobler, Aubry, Dolbeau, Nelaton, de Vaucher, Dupont, Fere, Lentz, Vogel découvrent le plus souvent à l'autopsie des hernies tubaires. Brünner en 1889 étudie la pathogénie de ces hernies

et les accidents de pseudo-étranglement qu'elles provoquent. Des observations nouvelles ont été publiées par Kousmine, Göpel, Wiart, Morf; Garrigues en 1903 réunissait 43 faits dont beaucoup présentaient des accidents. Heineck dans son travail, en rassemble 28 cas, soigneusement étudiés, mais qui ne constituent pas la totalité des faits connus. Aujourd'hui la plupart des traités classiques consacrent un article aux hernies de la trompe et on peut dire qu'elles sont surtout bien étudiées depuis que la cure radicale de la hernie est devenue une opération courante.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous avons réuni 78 cas de hernie de la trompe utérine seule. Sur ces 78 cas nous trouvons :

50	hernies inguinales
23	— crurales
2	— obturatrices
3	— dont le siège n'est pas indiqué.

On peut donc dire que, à part les deux hernies obturatrices qui constituent une variété extrêmement rare, les *hernies inguinales* sont environ deux fois plus fréquentes que les *hernies crurales*.

Nous avons classé nos observations en 4 groupes suivant l'âge auquel elles se manifestent et nous arrivons au résultat suivant :

au-dessous de 1 an		8 cas
de 1 à 15 ans		9 —
de 15 à 40 ans		29 —
de 40 à 75 ans		25 —
âge non indiqué		7 —

Les hernies qui sont apparues avant 15 ans peuvent être considérées comme congénitales. Il apparaît tout de suite que la *hernie de la trompe* est une *hernie de l'âge adulte*. Mais alors que la hernie crurale est *toujours acquise* (elle est toujours observée après 15 ans), la hernie inguinale est *ou acquise* ou *congénitale* et la *variété acquise* est deux fois plus

fréquente que la variété congénitale (30 hernies acquises pour 17 congénitales).

Il nous semble donc nécessaire, pour étudier la pathogénie de ces hernies, de diviser notre chapitre en deux parties : une première essayera de montrer comment une hernie inguinale peut se constituer, une deuxième sera réservée à l'étude des hernies acquises inguinales, crurales et obturatrices.

Les hernies inguinales congénitales. — Nous en avons réuni 17 cas (obs. 19, 24, 27, 31, 38, 46, 53, 55, 60, 61, 67, 70, 73, 74, 75, 77, 78). Comment se produisent-elles ? Pour les expliquer, nous croyons qu'il est nécessaire de revenir de façon succincte à l'embryologie des organes génito-urinaires et de comparer ce qui se passe chez l'homme d'une part, chez la femme d'autre part.

Primitivement les testicules sont situés dans la région lombaire, à la voûte de la cavité abdominale. Au 3^e mois ils sont déjà dans la cavité du petit bassin, au 5^e et au 6^e mois à la face interne de la paroi abdominale antérieure, contre l'anneau inguinal interne. Ensuite le testicule s'engage dans le diverticule vaginal du péritoine, par un mécanisme qui n'est pas encore très bien expliqué. Peut-être le gubernaculum de Hunter joue-t-il encore un rôle dans cette migration ? Ce n'est pas établi. Voici ce qui doit se passer normalement. Il est des cas cependant où le testicule n'occupe pas sa place normale au fond des bourses, soit qu'il reste un point du trajet qu'il doit parcourir pour gagner le scrotum, soit qu'il occupe un point où il n'aurait jamais dû se trouver. L'ectopie testiculaire est alors constituée et elle est assez fréquente. Cette ectopie testiculaire ne va pas sans inconvénients ; elle s'accompagne de complications dont incontestablement la plus importante est la production de hernies qui s'expliquent tout naturellement par la persistance du canal vagino-péritonéal. A la faveur

de ce conduit préexistant, la hernie se produit peu à peu ou bien tout d'un coup au moment où le testicule franchit l'orifice externe du canal inguinal.

Il se passe chez la femme une chose à peu près semblable. Les ovaires subissent comme les testicules un changement de position important, qu'on appelle la descente des ovaires. Ils descendent de la région lombaire dans le grand bassin où on les trouve en dedans du muscle psoas. Mais ils ne s'arrêtent pas comme les testicules à la région inguinale : ils descendent normalement dans le petit bassin pendant le dernier mois de la gestation. Dans certains cas exceptionnels, les ovaires peuvent se comporter comme les testicules : ils s'arrêtent en un point de leur parcours et l'*ectopie ovarienne* est alors constituée. Cette ectopie est même tubo-ovarienne car les trompes de Fallope sont intimement liées aux ovaires dans leur descente. De même que chez l'homme, cette ectopie ovarienne n'ira pas sans inconvénients. Elle se compliquera de formation de hernies qui s'expliquent tout naturellement par la persistance du canal de Nuck qui est un diverticule vaginal du péritoine. Supposons maintenant qu'il y ait une *laxité exagérée* dans l'appareil suspenseur de la trompe (*ligament infundibulo-pelvien*) et dans le ligament qui la relie à l'ovaire (*ligament tubo-ovarien*), la hernie tubaire se trouvera alors constituée surtout si la trompe a une *longueur primitive excessive* (20 à 30 cm.) comme certains auteurs l'ont signalé. En résumé, la hernie congénitale de la trompe résulte de deux faits : l'ectopie tubo-ovarienne au niveau de la région inguinale d'une part, la laxité exagérée de l'appareil suspenseur d'une trompe anormalement développée d'autre part.

Les hernies acquises inguinales, crurales, obturatrices. — Les trompes sont normalement situées dans l'aileron moyen du ligament large. Elles sont sur les côtés de l'utérus avec lequel elles se continuent par leur extrémité interne, leur

extrémité externe étant unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien, tout petit cordon en partie musculaire, en partie conjonctive. Ligament large, ligament tubo-ovarien, continuité avec l'utérus constituent donc les moyens de fixité de la trompe. Que cet appareil de fixation vienne à céder ou à se relâcher d'une part, que d'autre part il existe une faiblesse de la paroi abdominale antérieure, condition nécessaire à la production de toute hernie, on s'expliquera très bien qu'une hernie de la trompe puisse se constituer, surtout si cette dernière est encore plus longue que normalement.

Quelles sont donc premièrement les causes qui feront céder les moyens de fixation de la trompe? Il est normal de penser que la première cause comme aussi la plus importante est certainement constituée par la *grossesse et les accouchements répétés*. Et en effet en parcourant nos observations nous retrouvons souvent dans l'histoire des malades plusieurs grossesses et accouchements. D'ailleurs cela s'explique d'autant plus que la gestation ramollit non seulement les tissus qui constituent le corps utérin, les ligaments de soutien et de suspension, les ligaments larges, les trompes, mais encore cet état physiologique particulier de la femme, affaiblit considérablement la paroi abdominale, les muscles et les ligaments qui la forment. Au cours de la grossesse, l'utérus grossit et remonte considérablement dans la cavité abdominale. Pour le suivre, les ligaments larges, les trompes, les ligaments ronds sont obligés de s'étirer dans de fortes proportions. Ils peuvent reprendre leur place normale chez une primipare. Mais que les grossesses se répètent, l'élasticité et la tonicité des tissus finit par disparaître pour laisser place à un état de laxité particulier et propice à la formation de hernies, facilitées grandement par une paroi abdominale grandement défectueuse.

Une deuxième cause pouvant produire les hernies de la trompe réside dans le fait que la *trompe herniée est souvent*

une trompe primitivement malade. C'est ce que nous retrouvons dans 35 observations, c'est-à-dire dans près de 50 % des cas. Une trompe malade, congestionnée, tuméfiée ou même purulente est l'objet d'une surveillance particulière de la part du péritoine environnant. Il finit forcément par y avoir des adhérences entre la trompe et la paroi abdominale, adhérences qui pourront très bien entraîner l'oviducte dans un trajet herniaire. Cependant certains auteurs tels que Léry et Guillaume sont catégoriques à ce sujet et ils affirment dans leurs observations que quoique la trompe soit altérée, elle ne présentait aucune adhérence avec le sac.

Enfin une trompe de Fallope peut s'engager dans un trajet d'une façon absolument analogue à celle que l'on observe pour le cæcum et produite par le même mécanisme : ce sont *les hernies de la trompe par glissement*. Nous en avons 5 observations (obs. 27, 31, 39, 42, 78). On comprend très bien que le feuillet antérieur du méso-salpinx puisse s'invaginer le premier dans le canal inguinal, amenant progressivement avec lui la trompe qui, à un moment donné, se trouvera elle-même dans une espèce de sac formé par le dédoublement de son méso. On peut être surpris à priori que l'ovaire ne descende pas avec la trompe, dans tous les cas. Evidemment, dans la hernie simple, lorsque la trompe s'engage franchement par son extrémité, il arrive le plus souvent que l'ovaire suit, entraîné par le ligament tubo-ovarien ; mais lorsque se produit un mécanisme de glissement, avec dédoublement du méso-salpinx, la traction exercée est moins forte, moins directe, et l'ovaire peut parfaitement conserver sa place dans le bassin. D'ailleurs le ligament tubo-ovarien peut s'allonger beaucoup par une traction progressive, si cela est nécessaire et la trompe libre dans le sac herniaire volumineux peut avoir 10 à 15 cm. de long. N'est-il pas établi que normalement l'oviducte peut avoir 6 à 20 cm. ? Telle est la thèse de la hernie de la trompe par glissement soutenue par Fuster dans le *Journal Médical français* en 1909.

NOTIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Les hernies inguinales constituent environ 50 % des hernies de la trompe (50 inguinales contre 23 crurales et 2 obturatrices). En outre la fréquence du côté atteint est, pour les hernies inguinales, 26 droites contre 18 gauches; pour les hernies crurales, 14 droites contre 5 gauches. Si donc il y a une *prédominance à droite* pour les hernies inguinales, pour les hernies crurales cette prédominance est nettement marquée pour le même côté droit. Dans 9 cas on n'a pas noté de quel côté était la hernie. Dans un seul cas (obs. 16) la hernie était double.

Comme dans toute hernie, nous aurons à considérer au point de vue anatomo-pathologique un sac et un contenu.

Le sac. — Il ne présente aucun caractère particulier et dans la plupart des observations il n'est même pas mentionné. On le trouve, tantôt de la grosseur d'une noix, tantôt semblable à un œuf de poule. Il est de forme sphérique, mais plus ouvert, piriforme et présente un collet où la trompe va s'étrangler. Il est pédiculé, d'aspect lisse ou irrégulier, parfois semé de dépressions digitiformes. Certains auteurs signalent la présence d'une certaine quantité de graisse autour des enveloppes du sac. Ce dernier moule presque exactement le trajet dans lequel il est contenu. Il est en général isolable, mais peut présenter des adhérences plus serrées avec les parties voisines au niveau de son collet.

Le contenu herniaire. — Lorsqu'on ouvre le sac, il est assez fréquent qu'il *s'écoule du liquide*. Ce liquide peut être *clair* (8 cas), il peut être *sanguinolent* (8 cas), enfin il peut être constitué par du *pus* (9 cas). C'est alors un véritable abcès intrasacculaire.

La *trompe* est le plus souvent *seule herniée*. D'autres fois elle s'accompagne de la *vessie* (8 cas), d'*épiploon* (4 cas), d'*intestin* (3 cas), et surtout de l'ovaire. Mais alors nous avons affaire une variété spéciale de hernie, la *hernie tubo-ovarienne* dont nous ne nous occupons pas ici.

Etat de la trompe herniée. — Il est certain que lorsqu'un chirurgien ouvre un sac herniaire, ce qui lui fait dire : hernie de la trompe, c'est la vue du pavillon aisément reconnaissable à ses franges. Mais le pavillon peut ne pas être seul à s'engager dans le trajet herniaire; la totalité de la trompe peut être herniée; parfois même une corne utérine se présente à l'orifice herniaire. Depuis Cruveillier, on admettait généralement que la hernie de la trompe précède toujours la hernie de l'ovaire et que la première ne serait en somme qu'un premier stade de la seconde. De l'étude d'un certain nombre de fait récents, il résulte que cette hypothèse n'est pas toujours vraie.

La trompe s'engage de deux façons dans le trajet herniaire. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, c'est le *pavillon* qui sort le premier de la cavité abdominale; il chemine plus ou moins loin, entraînant à sa suite le reste de l'organe, qui affecte une disposition plus ou moins *recliligne*. Le *ligament tubo-ovarien* est alors augmenté de longueur, puisque cet allongement est nécessaire pour que l'ovaire ne soit pas attiré dans la hernie. Cet allongement est d'ailleurs noté dans l'observation de Wriart. Tantôt, et c'est le cas de Maydl, de Planton, de Tourneux, de Delepine, la trompe forme une *anse* à convexité dirigée en bas et en avant, ses extrémités interne et externe restant abdominales. On a dit que dans

ces cas la trompe déroulée décrit comme un *O*; il nous semble que la comparaison avec un oméga (Ω) serait plus exacte. Cela rappelle tout à fait la disposition d'une anse grêle attachée à son mésentère. Ce peut-être l'origine d'un véritable étranglement rétrograde. Enfin, nous croirions être incomplet si nous omettions la disposition signalée par Gœpel : c'était une hernie diverticulaire formée par la paroi moyenne de la trompe élargie et ectopiée, le pavillon et la portion utérine restant dans l'abdomen.

Il est intéressant de noter les *rappports que la trompe peut affecter avec le sac*. Le plus souvent, cette trompe est *absolument libre* et peut être mobilisée avec facilité. C'est ce que dit Chauvin dans son observation : « La trompe décrivait à l'intérieur de la hernie une anse à convexité inférieure. Son extrémité utérine plongeait dans la cavité abdominale et il m'a été impossible de l'attirer suffisamment pour la pouvoir examiner en totalité. Son extrémité abdominale par contre pouvait être extériorisée par traction et la facilité avec laquelle on pouvait l'attirer en dehors permet de supposer que le soir, lorsque la hernie présentait son volume maximum, le pavillon faisait partie des organes herniés ». Cette non-adhérence de la trompe avec le sac à une grande importance pratique. En effet, il faut conserver à une jeune femme l'oviducte toutes les fois que cela est possible. La *réduction de la trompe s'impose chaque fois qu'elle est saine et libre*. Plus rarement, surtout dans toutes les inflammations (salpingite, péritonite herniaire) on peut trouver des *adhérences* plus ou moins organisées. Chauvin a une fois observé des adhérences charnues naturelles rattachant l'oviducte au sac : il se demande s'il s'agit d'un accolement tardif des mésos, d'un glissement péritonéal ou d'une malformation congénitale. Tourneux a trouvé la trompe adhérent sur tout le trajet du ligament rond : il en a déduit une conception pathogénique intéressante dans laquelle il fait jouer un rôle important au ligament inguinal. Enfin Wriart a vu adhérer

la trompe par un court méso, constitué par les deux feuillets du ligament habituel, ce qui permet de dire qu'il s'agit là d'un véritable glissement de l'organe hernié.

La trompe herniée est souvent *saine*, surtout dans les hernies inguinales de l'enfant. Des lésions pathologiques ne sont cependant pas rares; l'organe est rouge, tuméfié, oedématié; sa lumière est oblitérée ou bien laisse échapper par l'orifice du pavillon un liquide séro-purulent (12 cas); il peut être aussi élargi, dilaté (5 cas); *sphacélé* ou *gangréné* (4 cas); mais très souvent cet organe est *étranglé* au niveau du sac (8 cas). Alors, l'étranglement une fois levé, on constate que la trompe au niveau du sillon d'étranglement est réduite à l'état d'une mince lame aplatie. Il peut exister des dilatations kystiques, de véritables *hydro-salpinx* Becke, cité par Lentz, a observé un kyste adjacent à la trompe et développé aux dépens de l'organe de Rosenmüller.

L'état des organes voisins de la trompe est souvent pathologique. L'ovaire peut être altéré; l'intestin et l'épiploon parfois sphacelés en cas d'étranglement. L'utérus ne garde pas sa structure normale. Il a été vu en latéroversion marquée (Kousmine) ou fibromateux (Lejars).

SIGNES ET DIAGNOSTIC

Les signes d'une hernie de la trompe diffèrent peu de ceux d'une hernie ordinaire, qu'elle soit crurale ou inguinale. La plupart du temps le praticien se trouve en présence d'une *tumeur* située au niveau d'un orifice herniaire et présentant tous les signes d'une hernie. Elle a un *pédicule*, subit une impulsion à la toux et est quelquefois *réductible*. Cette tumeur peut être de volume et de consistance très variables, tantôt comparée à un œuf de poule ou à un œuf de pigeon, elle peut devenir plus grosse et atteindre le volume du poing. Elle est sessile et arrondie, régulière ou bosselée, pouvant s'allonger. La palpation reconnaît une masse rénitente et élastique, présentant souvent de la *fluctuation* par suite de la présence à peu près constante de liquide dans le sac. A la percussion, cette tumeur est *male*.

On voit donc que, par ces seuls signes, le diagnostic de hernie de la trompe ne serait pas possible. Il est cependant quelques symptômes qui permettraient de le supposer. Et tout d'abord *il faut penser* aux hernies de la trompe. En effet, quoique celles-ci soient rares, nous avons pu en réunir 78 cas et cela ne constitue pas certainement tout ce qui a été publié. D'autre part les hernies tubaires sont le plus souvent *irréductibles*. Cette irréductibilité peut survenir d'emblée, d'autre fois très longtemps après que la hernie s'est constituée à l'occasion d'un effort, d'une fatigue, d'un mouvement violent et exagéré. Hormis les cas où la hernie tubaire fut décou-

verte à l'autopsie, presque toutes nos observations font mention de cette irréductibilité qui constitue un signe de présomption important. *Les douleurs, ou gêne à la marche*, douleur sourde calmée par le repos au lit, atteignant son maximum d'intensité le soir et après les journées de fatigue, siégeant dans la fosse iliaque, avec irradiations lombaires; se trouve également et permettra de penser à une hernie de l'oviducte.

Certains auteurs et en particulier Garrigues et Ivanoff, attachent une grande importance aux *douleurs herniaires de la période menstruelle*. Il semblerait en effet que la congestion des organes génitaux au moment de la menstruation, puisse exercer des tiraillements et des modifications de volume au niveau de la trompe qui pourraient bien expliquer ces phénomènes. Ils s'étonnent cependant que ce signe ne soit pas plus fréquent et en effet nous ne le retrouvons que 4 fois (obs. 15, 56, 68, 72). Dans l'obs. 10 de Bosruetté, il y a quelque chose de spécial : la malade âgée de 51 ans avait présenté des douleurs au moment de chaque accouchement dans la fosse iliaque droite et elle était venue consulter pour une hernie crurale droite. A part ces 4 cas typiques et affirmatifs, les auteurs ne retrouvent jamais ces douleurs cataméniales. Aussi croyons-nous qu'il n'est pas possible d'en faire un signe particulier. Ces douleurs peuvent d'ailleurs être dues à d'autres causes et peuvent n'être qu'une simple coïncidence.

Lejars a dit que « le toucher vaginal, en permettant de constater l'*inclinaison latérale de l'utérus* et l'application de la corne utérine à la paroi, donnerait, s'il était pratiqué en règle, des renseignements fort utiles ». Ce toucher n'est malheureusement jamais fait. En effet, on se trouve souvent en présence de jeunes filles vierges, et alors on comprend l'abstention des praticiens; pour les autres cas, on n'y pense pas. Il pourrait cependant montrer que dans les hernies tubaires, le col de l'utérus est élevé et dévié en sens opposé à celui de la hernie. La trompe entraîne la corne utérine;

l'utérus s'élève dans la cavité abdominale et subit un mouvement de torsion autour d'un axe vertical, tel que sa face antérieure se tourne du côté opposé à la hernie, tandis que son bord correspondant se porte en avant. Le palper et le toucher combiné montreront, et ce signe est le plus important, que si une main est appliquée sur la hernie pendant que le doigt introduit dans le vagin communique des mouvements au col utérin, on sent que *ces mouvements se transmettent à la hernie et réciproquement*. L'observation de Villard est à ce sujet très caractéristique et le toucher vaginal lui a permis de porter le diagnostic de salpingite suppurée, herniée et adhérente.

Diagnostic. — Le diagnostic positif d'une hernie tubaire n'est presque jamais fait et cela n'a aucune importance, l'attitude du chirurgien restant la même que dans une hernie ordinaire; 3 fois seulement on y a pensé. Ce sont : Villard, que nous venons de citer, Fuster qui pense que l'ovaire pouvait être en cause et, en perspective de l'avenir, conseille de réduire l'organe et de consolider la paroi, et Délépine, qui en raison du siège de la tumeur, de sa forme, de sa rénitence, de sa mobilité sur un pédicule s'enfonçant dans le trajet inguinal, pense à une hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe et peut être plus. Dans tous les autres cas, on croit à une simple hernie inguinale ou crurale et c'est le diagnostic d'épiplocèle ou d'entérocele qui est le plus souvent porté.

On ne fait le diagnostic de hernie de la trompe qu'à la salle d'opération. Là, après avoir incisé le sac, le chirurgien est tout étonné de trouver quelque chose à quoi il ne s'attendait pas. Il se trouve en présence d'un corps boudiné, de la grosseur du doigt, disposé en anse ou rectiligne et sur les caractères duquel nous avons insisté au chapitre d'anatomie pathologique. D'ailleurs la trompe se présente avec ses franges reconnaissables et il n'est alors plus permis d'hésiter.

L'erreur peut cependant être commise avec un appendice iléo-cæcal, une anse intestinale. Il suffira alors d'exercer *une traction* sur l'organe hernié et on verra la continuité du petit boudin avec une corne utérine ou bien, par suite de la résistance du ligament tubo-ovarien, l'ovaire paraîtra à l'orifice interne de la hernie.

Nous serons brefs sur la question du diagnostic différentiel. Les affections avec lesquelles on a confondu et on continuera de confondre, dans l'immense majorité des cas, la hernie non compliquée de la corne utérine sont :

L'épiplocèle simple. C'est l'erreur commune. Elle fut faite par Rémédi qui à la palpation avait constaté un cordon élastique de la grosseur du doigt d'un adulte, régulier à sa surface, réductible et réapparaissant aussitôt que cessent les manœuvres de réduction. En faisant tourner le malade, il sent qu'en dehors du cordon décrit, il se forme une tumeur élastique, facilement réductible sous pression, en faisant entendre un bruit net de gargouillement.

L'épiplocèle avec hydropisie du sac. De la rénitence est en effet souvent constatée.

Hernie rentrée dont le sac persistant a formé kyste.

Hydrocèle d'un sac herniaire crural.

Kyste du canal de Nuck. Tel est le cas cité par Odisio : au niveau de l'anneau inguinal superficiel, il constate la présence d'une saillie indolente à la pression, fluctuante, transparente et irréductible. En faisant augmenter la pression intra-abdominale, la tension de la tumeur n'est augmentée dans aucune partie de son étendue. Il fait le diagnostic de « kyste du canal de Nuck et propose l'opération comme moyen de traitement ».

En résumé, nous voyons qu'un diagnostic sûr de hernie de la trompe non compliquée n'est *presque jamais fait* et, en pesant très exactement la valeur des symptômes énumérés, on peut seulement arriver à un diagnostic de probabilité.

COMPLICATIONS

Presque tous les malades possédant une hernie tubaire viennent consulter le médecin parce qu'ils avaient déjà constaté, au niveau de la région inguinale et crurale, une grosseur, restée pendant longtemps indolore et qui subitement a manifesté sa présence par des phénomènes anormaux, autrement dit le praticien se trouve, presque dans tous les cas, devant une hernie compliquée.

Tantôt la hernie est simplement douloureuse, donnant une sensation de gêne et de tension avec irradiations diverses, provoquant des troubles de la marche et des mouvements de la jambe; mais ces phénomènes peuvent devenir beaucoup plus accentués et donnent lieu à de véritables complications que nous grouperons sous quatre chapitres :

complications mécaniques.

complications inflammatoires.

complications néoplasiques.

grossesse ectopique dans une trompe herniée.

I. — Complications mécaniques.

Etranglement. — C'est de beaucoup la complication la plus fréquente, c'est elle qui amène la malade au chirurgien. Nous en avons relevé vingt-six cas dans notre statistique, c'est-à-dire près de la moitié des cas. La trompe, lorsqu'elle s'étrangle dans un sac herniaire, donne lieu à des accidents d'une grande intensité, comparables à ceux qu'on observe

dans l'étranglement herniaire vrai. Il y a de *vives douleurs* locales irradiant dans tout le ventre, quelques vomissements, un léger météorisme, la hernie devient *dure, tendue* au niveau de son pédicule, elle est *irréductible*. On ne constate pour ainsi dire *jamais*, en cas de hernie de la trompe, *l'arrêt complet et définitif des matières et des gaz*. De même les vomissements ne prennent jamais le caractère fécaloïde comme on l'observe dans l'étranglement intestinal. Aussi on écarte assez souvent ce diagnostic pour porter plus volontiers celui de hernie épiploïque étranglée, de pincement latéral qui n'est pas rare et d'étranglement de l'appendice vermiforme. Nous ne pouvons nous empêcher de comparer cette symptomatologie à celle de l'étranglement du *vermis* et nous ne voyons pas, sauf dans les cas où un toucher vaginal délicat aura donné les précieuses indications dont parle le Professeur Lejars, nous ne voyons pas comment on pourra arriver à un diagnostic précis. La chose d'ailleurs, n'a guère qu'une importance spéculative, si l'on admet que le traitement opératoire est indiqué, comme nous le pensons, dans tous les cas.

Quelle est l'évolution des accidents dans l'étranglement de la trompe herniée ? On a signalé des cas où il a suffi de prescrire le repos au lit et des applications de glace sur la zone herniaire, pour voir les accidents s'amender. (Frantz et Abadie-Dubourg); mais il ne paraît pas prudent de tenir compte en pratique de ces faits exceptionnels. A l'ordinaire, ou l'organe étranglé se splacèle et entraîne la suppuration du sac ; ou, comme l'a très bien fait observer Lejars, « la trompe infecte le sac herniaire, où elle est incluse, et, par l'orifice béant de son pavillon, les éléments infectieux sont déversés largement dans le sac ». Cette infection du sac a été observée. L'examen macroscopique ou microscopique est mentionné 17 fois sur nos 26 cas d'étranglement. 11 fois on retrouve une notion d'infection. On comprend alors avec raison que Jeanneney puisse dire dans le *Bulletin de la So-*

ciélé *Anatomique de Paris* en 1923 : « L'étranglement par une striction nette de l'organe dans sa traversée inguinale ou crurale est exceptionnel (et cela se comprend) et il est probable que dans bien des cas publiés sous le titre d'étranglement de la trompe, *l'analyse attentive des symptômes traduirait plutôt l'infection* ». Il est cependant des observations indiscutables, telle l'observation de Augier qui dit : « L'étranglement une fois levé, on constate que la trompe est réduite, au niveau du sillon d'étranglement, à l'état d'une mince lame aplatie ». En résumé, on voit que l'étranglement vrai de la trompe peut exister, mais le plus souvent les symptômes de pseudo-étranglement ne font que traduire l'infection.

Pour terminer, il faut citer une variété particulière d'étranglement, *l'étranglement rétrograde*. Dans un cas, cité par Maydl, la trompe sort par le bord interne de l'anneau crural, décrit une anse à convexité tournée en avant, rentre de nouveau dans l'abdomen. C'est à ce niveau qu'elle s'étrangle. La portion étranglée, constituée par le pavillon, siège ainsi en dedans au lieu d'être en dehors de l'anneau.

Torsion. — Au chapitre d'anatomie pathologique, dans les diverses variétés de position de la trompe à l'intérieur du sac, nous avons déjà dit que celle-ci enroulée décrit comme un *O* ou plutôt un Ω . Cela constitue une variété de torsion. La trompe peut non seulement se tordre sur sa longueur, mais encore sur son axe. Les deux torsions peuvent se combiner. C'est ce qu'ont vu Planson, Fourneux, Delépine. Il n'existe pas de signes propres de cette torsion. Tantôt elle passe inaperçue au point de vue clinique, tantôt ses signes sont semblables à ceux de l'étranglement.

Thrombose. — Il est normal de penser que l'oviducte hernié à travers un conduit étroit, entraînant avec lui son méso, voit ses vaisseaux nourriciers étroitement compri-

més. Cela entraînera nécessairement des lésions dues à la compression de ces vaisseaux et en particulier la thrombose. Et ainsi, après incision du sac, on verra la trompe turgescente, violacée, présentant une hémorragie en nappe à sa surface, avec par endroits des plaques de gangrène dues à une mauvaise irrigation. Le chirurgien sera alors amené à faire l'ablation de cet organe malade, après avoir fait une double ligature sur le ligament large et la trompe.

II. — Complications inflammatoires

Salpingite simple. — Nous en avons réuni cinq cas (obs. 2, 28, 29, 30, 61). Au point de vue anatomo-pathologique on trouve des lésions de salpingite parenchymateuse. L'oviducte est augmenté de volume, de couleur rouge foncé en général, de consistance très ferme. Le méso-salpinx est rouge et épaissi. Les franges du pavillon sont rouges, gonflées et ne présentent pas la délicate structure qui leur est habituelle. La symptomatologie de cette variété de *salpingite herniaire* est extrêmement juste. On se trouve le plus souvent en présence d'une tumeur de l'aîne, fluctuante et irréductible. Il peut n'y avoir ni douleur locale vive, ni réaction péritonéale. Mais l'irréductibilité se constate presque toujours, ce qui fait penser à une hernie épiploïque irréductible ou enflammée. Le diagnostic est presque impossible.

Salpingite suppurée. — Pyosalpinx — Avec l'observation typique de Jeanneney et Dax, nous en avons quatre autres cas (obs. 6, 49, 68, 76). Le sac ouvert, on trouve une grande quantité de liquide purulent. La trompe flotte dans le pus, elle est œdémateuse, augmentée de volume, recouverte d'exsudats et ses franges considérablement tuméfiées sont rétractées avec tendance à l'oblitération de la lumière de l'ostium abdominale. En tirant, la trompe se rompt le plus

souvent et donne issue à plusieurs cm³ de pus. Dans l'observation de Jeanneney, la pièce montre un pyosalpinx du volume d'une grosse noix et un ovaire scléro-kystique que l'examen histologique pratiqué par M. le Professeur Sabrazès, montre bourré de petits kystes folliculaires avec sclérose interstitielle.

Cliniquement, ces salpingites herniaires suppurés pourront se manifester par des accidents d'allure bénigne : douleur légère sans réaction péritonéale au niveau d'une tuméfaction inguinale fluctuante et irréductible ou encore par des accidents aigus pouvant aboutir à la péritonite herniaire et même à la péritonite généralisée par propagation spontanée ou après des manœuvres intempestives, telles que le taxis (Jeanneney).

La localisation de l'infection sur une trompe herniée s'explique : elle présente en effet, du fait de sa position anormale, des troubles circulatoires (stase, congestion), une oblitération plus ou moins prononcée de sa lumière, enfin elle est exposée à de multiples traumatismes. Le diagnostic de la salpingite herniaire suppurée est très difficile mais on peut y arriver (Jeanneney).

III. — Complications néoplasiques

Kystes. — Dans l'*Echo Médical du Nord*, Delépine rapporte une observation de hernie inguinale droite où, en raison du siège de la tumeur, de sa forme, de sa rénitence, de sa mobilité sur un pédicule s'enfonçant dans le trajet inguinal, on pensa à une hernie congénitale de l'ovaire et de la trompe. A l'incision du sac, on tombe sur une trompe droite kystique dont la volumineuse cavité est occupée par un hématome.

Walther cite un cas de hernie inguinale droite, dont le

sac contient une masse dilatée. C'est la trompe (malformation congénitale). Peut-être est-ce un kyste?

Tumeurs. — Nous n'avons pu en avoir aucune observation.

IV. — Grossesse ectopique dans une trompe herniée

Trois cas : Louis Léger de Gouey en 1716, Malherbe en 1895, Jordan en 1897 ont vu une grossesse extra-utérine se développer dans une trompe herniée. Dans les deux premières observations, un fœtus de dix à onze centimètres siégeait dans la portion moyenne et fut extrait. Les symptômes cliniques simulent complètement une hernie étranglée et le diagnostic en est très difficile. Dans le cas de Malherbe, le médecin s'était livré à un taxis prolongé et avait provoqué la rupture.

OBSERVATIONS

Hernies inguinales

acquise	30
congénitale	17
non indiqué	3
Total	50
découvertes à l'autopsie	7
mort après l'opération	5
vivant après l'opération	36
non indiqué	2
Total	50
trompe et vessie	1
— épiploon	4
— intestin	3
— seule	40
grossesse tubaire	2
Total	50

droite	26
gauche	18
double	1
non indiqué	5
Total.....	<u>50</u>

liquide clair	1
— sanguinolent	5
pus	8

Hernies crurales

acquise	21
congénitale	»
non indiqué	2
Total	<u>23</u>

découvertes à l'autopsie	1
mort après l'opération	4
vivant après l'opération	17
non indiqué	1
Total	<u>23</u>

Trompe et vessie	»
— épiploon	2
— intestin	3
— seule	18
Total	<u>23</u>

droite	14
gauche	5
double	»
non indiqué	4
Total	23
liquide clair	7
— sanguinolent	3
pus	1

Obs. 1 (Jeanneney et Dax, Société anatomique de Paris, février 1923). — *Sur un cas de salpingite herniaire.*

Le 5 avril 1922, à 20 h., N..., Andrée, 22 ans, mariée depuis 3 mois, est admise d'urgence à l'hôpital pour des accidents douloureux survenus depuis 11 h. au niveau d'une hernie inguinale droite que la malade présentait de longue date. Exception faite pour l'arrêt des matières et des gaz, les signes de l'étranglement herniaire sont au complet : vives douleurs locales irradiant dans tout le ventre, tiraillements lombaires, quelques vomissements, léger météorisme. Dans la région inguinale droite, une tuméfaction du volume d'un œuf, allongée dans le sens du canal inguinal, apparaît tendue, rénitente, irréductible, mate, douloureuse. L'état général est bon.

Rachianesthésie à la syncaïne (8 centigr.). A l'ouverture du sac, il s'écoule un peu de liquide séro-hématique. On aperçoit alors à la partie postérieure du sac une poche rouge, enflammée, à surface dépolie : nous pensons un instant à la vessie, mais, après débridement du collet herniaire, on la voit se continuer dans l'abdomen par une partie plus effilée qu'on reconnaît être la *trompe*. D'ailleurs, derrière cette poche, masqué par des exsudats fibreux inflammatoires, on trouve un ovaire. Trompe et portion du ligament large forment tout le contenu irréductible de cette hernie; il n'y a pas d'intestin. On dit : « étranglement tubaire ».

En décollant ces organes de la partie postérieure du sac auxquels ils adhèrent fortement, la trompe se rompt et donne issue à plusieurs centimètres cubes de pus bien lié. Après assèchement

soigneux et attouchement à l'iode, on abandonne le décollement, on jette une ligature solide sur la trompe et l'artère utéro-ovarienne; on amène ainsi aisément la trompe dans le champ; une autre ligature est faite sur le ligament lombo-ovarien, le sac est alors attiré et sectionné; ainsi sont enlevés en bloc la trompe et le sac auquel ils adhéraient. La cure radicale est ensuite aisément conduite.

L'examen de la pièce montre un pyosalpinx du volume d'une noix grosse et un ovaire scléro-kystique que l'examen histologique pratiqué par M. le professeur Sabrazès montre bourré de petits kystes folliculaires avec sclérose interstitielle.

Suites bonnes. Trois semaines après, à la sortie, l'examen de l'appareil génital ne révèle rien de spécial, sauf un utérus un peu gros.

Obs. 2 (Abadie et Dubourg, Société d'anat. et physiol. de Bordeaux, juillet 1899).

35 ans; hernie épiploïque légèrement étranglée de l'orifice inguinal droit. Kélotomie. Il s'écoule du liquide séro-purulent. Extrémité libre de la trompe droite qu'on résèque à 2 cm. de son implantation sur l'utérus. Salpingite tubaire. Guérison.

Obs. 3 (Andrews, *Journal Am. Med. Ass.*, p. 1625).

56 ans; hernie inguinale gauche irréductible. Kélotomie. Le sac contient une portion d'iléon et la trompe gauche sans l'ovaire. Trompe réduite. Sac excisé. Guérison.

Obs. 4 (Andrews, *Jour. Am. Med. Ass.*, p. 1625).

45 ans; hernie crurale droite irréductible. Gélotomie. Trompe utérine et épiploon. Trompe réduite. Sac excisé. Guérison.

Obs. 5 (Andrews, *Journal Am. Med. Ass.*, p. 1625).

32 ans; hernie inguinale droite existant depuis 6 ans. Kélotomie. Trompe et épiploon. Guérison.

Obs. 6 (Andrews, *Journal Am. Med. Ass.*, p. 1625).

23 ans; diagnostic d'abcès pelvien dû à la rupture d'un pyosalpinx droit avec adhérences à l'intérieur de la cavité abdominale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Salpingite herniaire droite inguinale. Guérison.

Obs. 7 (Augier, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1842, p. 143).

70 ans; l'autopsie révèle une hernie de la trompe. La trompe était passée à travers l'anneau crural et reposait sur le muscle pectiné, entre les adducteurs et les vaisseaux fémoraux.

Obs. 8 (Aubry, *Revue de gyn. d'obst. et pédiatrie*, 1908, p. 456).

Hernie crurale droite datant de 5 ou 6 ans. Brusquement irréductible. Kélotomie. Trompe droite enlevée. Guérison.

Obs. 9 (Bérard, *L'Expérience*, 1839, p. 216).

45 ans; hernie crurale de la trompe droite, irréductible. La malade présentait les symptômes d'un phlegmon. Ponction évacue un liquide clair. Mort 7 jours après. A l'autopsie liquide péritonéal séro-purulent. Hernie de la trompe de Fallope quelque peu élargie. Aucun autre viscère.

Obs. 10 (Bosruette, *Lyon Médical*, 1910).

51 ans; hernie crurale droite. Douleurs au moment de chaque accouchement dans la fosse iliaque droite. Etranglement. Kélotomie. Liquide sanguinolent. Trompe étranglée et réséquée. Guérison.

Obs. 11 (Boudin, *Lyon Médical*, 1899, vol. XCI, p. 231).

50 ans; hernie crurale acquise irréductible. A l'opération, trompe seule, étranglée par l'anneau du sac. Guérison.

Obs. 12 (Broca, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1883, p. 88).

40 ans; hernie crurale gauche étranglée. Kélotomie. Le sac contient de l'intestin qu'on réduit. C'est la trompe. Guérison.

Obs. 13 (Brunner, *Beit. z. Klin. Chirurg.*, vol. IV. 1884, p. 32).

68 ans; hernie crurale acquise irréductible. Le sac ouvert un liquide clair s'écoule, découvrant une extrémité œdématisée de la trompe. Réduction. Lipome présacculaire extirpé. Guérison.

Obs. 14 (Brunner, *Beit. z. Klin. Chirurg.*, vol. IV, 1889, p. 32).

38 ans; hernie inguinale acquise irréductible. Liquide clair s'écoule à l'incision du sac. La trompe droite y est contenue. En tirant dessus on extériorise l'ovaire très sain. Trompe réduite. Sac lié et réséqué. Guérison.

Obs. 15 (Chauvin, *Bull. de la Soc. Anat.*, Paris, fév. 1920).

24 ans; hernie inguinale gauche donnant des douleurs au moment des règles. Kélotomie. Trompe rattachée à la paroi postérieure du sac par un méso. C'est une hernie par glissement. Réduction. Guérison.

Obs. 16. (Chêne, *Ed Med. Journal*, janvier 1871, p. 601).

Autopsie d'une femme de 73 ans. He nie obturatrice dont le sac contient trompe et iléon. Hernie semblable du côté opposé.

Obs. 17 (Clerici, *Gazz. d. osp.* Milano, 1904, p. 1602).

67 ans, hernie crurale gauche incomplètement réductible. Kélotomie. Ecoulement de liquide citrin. Trompe utérine gauche réduite. Résection du sac. Guérison.

Obs. 18 (Demoulin, *Annales de Gyn.*, 1920, vol. LIII, p. 203).

Opération dans un cas de hernie de la trompe où il y avait des adhérences avec le sac; une traction exercée sur la trompe fit sortir l'ovaire.

Obs. 19 (Demoulin, *Soc. Chirurg. de Paris*, fév. 1899).

Nouveau-né dont le bassin présente une hernie inguinale gauche de la trompe.

Obs. 20 (Deaver, *Annals of Surgery*, 1904, vol. XL p. 154).

Etranglement d'une extrémité de la trompe utérine du côté droit qui fut prise pour une hernie crurale.

Obs. 21 (Dolbeau, *Société anatomique*, 1854, p. 72).

Tumeur de la région inguinale gauche présentant les signes d'un abcès du canal inguinal. Du pus s'échappe à l'incision. Péritonite et mort. A l'autopsie, collection de pus autour du sac herniaire contenant un liquide séreux. Trompe utérine.

Obs. 22 (Dupont, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse*, 1878, p. 115).

38 ans, au quatrième mois de la grossesse, hernie inguinale acquise. La ponction exploratrice révèle un liquide trouble. Hernie de la trompe qui fut réduite. Guérison.

Obs. 23 (Erichsen, *Science and art of Surgery*, tenth edition, p. 1297).

37 ans; hernie gauche acquise et étranglée. Le sac contient un liquide clair et l'extrémité de la trompe, fortement étranglée au collet du sac. Réduction. Suites bonnes.

Obs. 24 (Fere, *Rev. mens. de méd. et de chirurg.*, 1878, p. 479).

3 semaines. A l'autopsie sac herniaire contenant exclusivement l'extrémité de la trompe droite externe par rapport au ligament rond. Réduite aisément, mais se reproduit quand la pression cesse.

Obs. 25 (De Francisco, *Beit. z. klin. Chir.*, 1900, vol. XXXII, n° 2).

32 ans. Hernie inguinale acquise de la trompe droite, irréductible. Sac ouvert. Il contient une trompe adhérente. Guérison.

Obs. 26 (Franck, *Internat. Klin. Rundschau*, Wien, 1892, p. 1098).

21 ans; hernie acquise de la trompe droite. Opération. Guérison. Avait été opérée dans l'enfance pour une hernie du même côté. Pas d'ovaire au cours de l'opération.

Obs. 27 (Fuster, *Journal Méd. franç.* 1909, p. 457).

13 ans; hernie inguinale gauche. On pense que l'ovaire peut être en cause. Kélotomie. On trouve la trompe, adhérente par un court méso à la paroi postérieure du sac. C'est une hernie par glissement. On réduit la trompe vu l'âge de la malade. Guérison.

Obs 28 (Garrigues, *Thèse*, Paris, 1903-1904).

64 ans; hernie crurale droite irréductible. Diagnostic de hernie crurale épiploïque étranglée. Kélotomie. Ecoulement léger de sérosité. Trompe utérine droite sur 5 cm. Pas d'ovaire. Résection de la trompe au thermocautère. Résection du sac. Salpingite parenchymateuse à l'examen.

Obs. 29 (Garrigues, *Thèse* Paris, 1903-1904).

30 ans; hernie inguinale droite réductible, douloureuse, sans signes d'étranglement. Le sac contient trompe et épiploon. Résection de la trompe et du sac. Salpingite herniaire. Hernie vraisemblablement congénitale par glissement. Guérison.

Obs. 30 (Guinard et Dubefoy, *Bull. Soc. Anat.*, 1893, p. 85).

24 ans; hernie inguinale gauche douloureuse, réductible. Kélotomie. Trompe utérine contenue dans le sac. Résection au thermocautère. Salpingite.

Obs. 31 (Guiliano, *Gazz. d. ops. et dell clin.*, Milano, 1912, p. 1975).

14 ans. Hernie inguinale gauche réductible datant de 10 ans. Diagnostic d'épiplocèle. Kélotomie. Trompe utérine saine. Réduction de la trompe. Résection du sac. Guérison.

Obs. 32 (Grimond et Lafon, *Toulouse Méd.*, sept. 1907, p. 120).

51 ans; hernie crurale étranglée gauche. Kélotomie. Trompe utérine réduite. Excision du sac. Guérison.

Obs. 33 (Goepel, *Berichte der Med. Gesellschaft*, March 1896).

63 ans; hernie crurale acquise irréductible droite. Kélotomie, le sac contient un liquide séreux et la trompe utérine dilatée. Réduction. Ovaire sclérosé. Guérison.

Obs. 34 (De Gouey, (*La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison*, Rouen, 1716).

Jeune femme; hernie inguinale droite. Un liquide clair s'écoule à l'ouverture du sac (en lisant l'original, il apparaît que c'est évi-

demment une hernie de la trompe. Un fœtus vivant, long de 6 cm fut trouvé avec le placenta. Il était attaché à la circonférence du muscle oblique externe.

Obs. 35 (Henggeler (*Beiträge z. Klinischen Chir.*, 1895, p. 21).

55 ans; hernie crurale droite étranglée depuis 10 jours. Kélotomie. Trompe de Fallope droite et petite anse d'intestin grêle. Ligature et extirpation. Résection du sac. Péritonite. Mort.

Obs. 36 (Henggeler, *Beiträge z. Klin. Chir.*, 1895, p. 21).

38 ans; hernie crurale droite étranglée de la grosseur d'un œuf de poule. Kélotomie; trompe de Fallope droite; extirpation du sac, réduction de la trompe. Guérison.

Obs. 37 (Jaboulay, *Thèse Kaucher*, Lyon 1895).

23 ans; hernie inguinale gauche douloureuse le soir. Kélotomie. Trompe utérine seule épaissie. Guérison.

Obs. 38 (Jalaguier-Schutz, *Thèse*, Paris, 1898).

19 mois; depuis l'âge de 6 mois, hernie inguinale droite; le sac formé aux dépens du canal de Nülk contient une partie de la trompe utérine. Excision. Suites normales.

Obs. 39 (Jordan, *Münchener medizinische Wochen.* 1897, p. 7).

37 ans; hernie inguinale gauche étranglée; trompe utérine portant en son intérieur une grossesse de 11 à 12 semaines. Fœtus frais et sain de 7 cm. et demi. Collapsus à la fin de l'opération. Mort en syncope le lendemain.

Obs. 40 (Léfort et Davinche-Ivanoff, *Thèse Lille*, 1902).

45 ans; hernie crurale droite étranglée. Kélotomie; écoulement de liquide louche, fécaloïde. Entérocele avec sphacèle et hernie de la trompe étranglée. Entérorraphie et résection de la trompe. Mort.

Obs. 41 (Léjars, *Revue de Chirurgie*, 1893, vol. XIII, p. 13).

39 ans; hernie inguinale acquise de la trompe droite. Etran-

glement. Kélotomie. Le sac contient un liquide sanguinolent et la trompe de Fallope gangrenée par places. Excision de la trompe et du sac. Hernie de la vessie également. Guérison.

Obs. 42 (Lejars, *Thèse Garrigues*, Paris, 1903-1904).

20 ans; hernie inguinale droite réductible; trompe utérine seule. Réduction, résection du sac. Guérison.

Obs. 43 (Lentz, *Gazette méd.*, Strasbourg, 1881. n° 9, p. 97).

52 ans; hernie inguinale acquise gauche. Liquide sanguinolent à la kélotomie. Trompe herniée, liée et excisée. Guérison.

Obs. 44 (Léry et Guillaume, *Bull. Soc. Anat.*, Paris, avril 1920).

40 ans; hernie crurale gauche étranglée; liquide brunâtre à l'ouverture du sac. Trompe non adhérente mais étranglée. Réduction de la trompe. Résection du sac. Guérison.

Obs. 45 (Kousmine, *Revue de Chirurgie*, avril 1895, p. 313).

36 ans; hernie inguinale gauche acquise, irréductible. Liquide séro-purulent à la kélotomie. Moitié externe de la trompe herniée et dilatée. Excision. Guérison.

Obs. 46 (Mariani, *Il. Policlino*, 1901, p. 385).

10 ans; hernie inguinale double existant depuis 2 ans et à contenu réductible. Trompe utérine droite réduite. Guérison.

Obs. 47 (Maydl, *Wien Klin. Rundschau*, 1895, vol. IX, p. 17).

47 ans; hernie crurale acquise irréductible. Ecoulement de liquide hémorragique à la kélotomie. Trompe utérine herniée dont la moitié est dilatée. Excision du sac et de la trompe. Guérison.

Obs. 48 (Mobler, *Hygica*, 1894, p. 431).

46 ans; hernie inguinale droite acquise de la trompe, irréductible. Le sac contient de l'épiploon entourant complètement la trompe; on trouve aussi le ligament infundibulo-pelvien. Guérison.

Obs. 49 (Morf, *Annals of Surgery*, 1901, vol. XXXIII p. 247).

24 ans; hernie inguinale congénitale gauche de la trompe de Fallope, irréductible. Kélotomie. Le sac contient de l'épiploon entourant complètement l'extrémité de la trompe. Pyosalpinx. Opération rapidement terminée par suite de collapsus. Guérison mais fistule.

Obs. 50 (Morton and Butler, *London Lancet*, 1894, p. 403).

46 ans; hernie inguinale droite acquise irréductible. Kélotomie. Le sac contient la trompe qui est réduite. Guérison.

Obs. 51 (Morton and Butler, *London Lancet*, 1894, p. 405).

Age inconnu; hernie crurale droite étranglée. Le sac contient un épiploon gangrené et l'extrémité de la trompe droite qui est splacélée sur un centimètre. Mort 12 heures après opération. Autopsie.

Obs. 52 (Moure, *Soc. anat.*, Paris, 1920, p. 105).

50 ans; hernie crurale gauche étranglée. Trompe herniée faisant corps avec la paroi postérieure du sac. Résection. Entéro-cèle réduite. Guérison.

Obs. 53 (Nelaton, *Path. Chirurg.*, 1857, vol. IV, p. 440).

Enfant mort 25 heures après naissance, autopsie : hernie inguinale droite contenant la trompe de Fallope.

Obs. 54 (Odisio, *Clinica chirurgica*, 1899, p. 991).

55 ans; hernie inguinale droite irréductible, du volume d'un noix. Epiplocèle au diagnostic. Liquide sanguinolent à la kélotomie. Trompe herniée, rouge brun et étranglée à 2 cm. du pavillon. Pas de nécrose. Réduction. Guérison.

Obs. 55 (Odisio, *Clinica chirurgica*, 1899, p. 993).

6 ans; hernie inguinale droite irréductible. Diagnostic de kyste du canal de Nück. Ecoulement de liquide séreux à la kélotomie. Hernie de la trompe saine. Réduction. Guérison.

Obs. 56 (Patel, *Thèse Montagard*, Lyon 1910).

36 ans; hernie crurale droite. Douleurs au moment des règles. Kélotomie. Trompe utérine droite herniée. Résection. Ligature. Excision du sac. Guérison.

Obs. 57 (Picqué et Poirier, *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 330).

78 ans; hernie obturatrice acquise; étranglement. Mort. A l'autopsie le sac était fermé par du péritoine contenant une portion d'intestin, de l'épiploon et la trompe gauche avec une portion de son ligament.

Obs. 58 (Pollard, *Science and art of surgery*, vol. II, p. 1297).

37 ans; hernie crurale étranglée acquise. Opération. Le sac contient un liquide clair et l'extrémité étranglée de la trompe de Fallope gauche. Etranglement levé et réduction de la trompe. Guérison.

Obs. 59 (Remedi, *Dersi-Cagliari*, 1898).

29 ans; hernie inguinale gauche datant de 7 ans et irréductible. Diagnostic : entéro-épiplocèle oblique interstitielle. Kélotomie. Trompe et épiploon dans le sac. Réduction. Guérison.

Obs. 60 (Salnelle, *Thèse Paris*, 1880, p. 84).

19 jours; hernie inguinale congénitale étranglée. Kélotomie. Trompe utérine droite rouge et tuméfiée. Mort.

Obs. 61 (Scholler, *Gazette méd.*, Paris, 1840).

20 jours; hernie inguinale congénitale. Convulsions et mort. A l'autopsie, hernie de la trompe droite, rouge et tuméfiée. Ligament rond plus court que du côté opposé et utérus déplacé.

Obs. 62 (De Vaucher, *Thèse*, 1854, p. 45).

23 ans; hernie inguinale irréductible probablement congénitale. Trompe de Fallope gauche herniée. Trompe et sac excisés. Guérison.

Obs. 63 (Vogel, *Centralblatt für Gynäk.*, 1886, p. 166).

38 ans; hernie inguinale droite acquise irréductible. Liquide hémorragique à la kélotomie. Trompe au fond du sac. Réduction. Excision du sac. Guérison.

Obs. 64 (Voigt, *Journ. der Pract.*, *Hédk*, 1809, p. 139).

36 ans; hernie inguinale droite acquise, irréductible. Kélotomie. Ecoulement de liquide fétide. L'état du patient empire. Le jour suivant un corps noir et gangréneux est expulsé qui est la trompe. Guérison.

Obs. 65 (Thomas, *Brit. med. Journal*, 1896, vol. XI).

36 ans; hernie crurale acquise droite irréductible. Kélotomie. Le sac contient la trompe utérine. Réduction. Guérison.

Obs. 66 (Trinci, *Clinica Moderna*, 1904, n° 22).

47 ans; hernie crurale irréductible apparue après une récente grossesse; étranglement. Le sac contient la trompe droite. Réduction de la trompe. Guérison.

Obs. 67 (Varsal, *Thèse*, Paris, 1895).

14 mois; hernie inguinale congénitale étranglée. Trompe dans le sac à la kélotomie. Guérison.

Obs. 68 (Villard, *Bull. Soc. chirurg.*, Lyon, 1900, p. 225).

32 ans; hernie inguinale gauche. Diagnostic : salpingite suppurée, herniée et adhérente. Kélotomie. Ecoulement de liquide purulent. Trompe utérine œdématisée. Résection de la trompe et du sac. Guérison.

Obs. 69 (Waldeyer, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1896, p. 792).

Démonstration devant la Soc. d'obst. et de gynéc. Berlin en juin 1896 d'une hernie inguinale qui contenait la trompe.

Obs. 70 (Walther Schultz, *Thèse*, Paris, 1895).

14 mois; on trouve à 6 semaines une tumeur dans la région

inguinale. Kélotomie. Le sac contient de l'intestin et la trompe utérine étranglée modérément. Réduction. Guérison.

Obs. 71. (Walther, *Centralblatt f. Chirurg.*, 1897, p. 771).

Age inconnu; hernie inguinale droite. Kélotomie. Le sac contient une masse dilatée. C'est la trompe (malformation congénitale).

Obs. 72 (Walther, *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1898, p. 537).

Age inconnu; hernie inguinale droite. Kélotomie. Du côté droit, trompe de Fallope avec le ligament tubo-ovarien droit. Du côté gauche, l'anneau interne du canal inguinal était obstrué par la trompe.

Obs. 73 (Walther, *Annales de Gynéc.*, 1900, p. 202).

6 mois; on trouve une hernie inguinale congénitale de la trompe gauche. A l'autopsie c'est vérifié. Du côté droit rien de spécial. L'utérus était déplacé vers la gauche.

Obs. 74 (Wiart, *Bull. Soc. anat.*, 1898, p. 537).

2 mois; à l'autopsie double hernie inguinale congénitale des trompes seules. Pas d'autre malformation.

Obs. 75 (Wiart, *Bull. soc. anat.*, 1898, p. 59).

6 mois; à l'autopsie, hernie inguinale congénitale de la trompe gauche. A droite rien. L'enfant était hydrocéphale. Pas d'autres malformations.

Obs. 76 (Wyeth, *Annals of Surgery*, 1896, p. 6).

38 ans; hernie inguinale droite étranglée; trompe utérine congestionnée dans le sac; pus et matières fécales sortent par une portion gangrenée d'intestin; mort 6 heures après l'opération.

Obs. 77 (Wriart, *Echo médical du Nord*, nov. 1905, p. 549)

3 mois; hernie inguinale droite; après kélotomie, hernie d'un

volumineux hématome moulé dans une poche droite kystique. C'est la trompe dilatée. Suture sans drainage. Guérison en 7 jours.

Obs. 78 (Camus, *Ar. méd. chir. Province*, Tours, 1923).

36 ans; hernie inguinale droite acquise, irréductible, étranglée. Kélotomie. Trompe utérine seule, réduite. Guérison.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

En consultant le tableau synoptique ci-après, on peut se rendre compte que le pronostic des hernies de la trompe utérine est, surtout dans les cas simples, remarquablement bénin.

Sur nos 78 observations, il y en a 8 où la hernie fut trouvée à l'autopsie sur des sujets dont la mort reconnaissait une autre cause que l'existence de la hernie. Dans 3 cas, l'issue de la maladie n'est pas indiquée. Il nous reste alors 67 observations avec la proportion de 61 guérisons et de 9 morts, soit une mortalité de 13 %.

C'est quand il y a complication de phénomènes infectieux que le pronostic est plus sombre. L'inflammation se propage à la cavité péritonéale et une péritonite généralisée se déclare (8 fois sur 9 morts). Une seule fois (obs. Jordan) la malade est morte de syncope à la fin de l'opération.

Il est évident que la mortalité n'en restera pas à ce taux. Le perfectionnement des méthodes chirurgicales fera que les opérations nécessitées par les complications, par l'étranglement surtout, seront suivies, il n'est pas douteux, d'un succès complet dans la presque universalité des cas.

Quel sera le traitement ? Nous voyons dans l'observation de Malherbe que le médecin ayant pratiqué le taxis chez sa malade atteinte de hernie étranglée, avait amené la rupture d'une grossesse ectopique dans cette trompe herniée. Est-ce à dire qu'il faille abandonner complètement le taxis ? Nous soutiendrons volontiers cette doctrine. Certes, une fois

le diagnostic fait (et nous avons vu que, jusqu'à plus ample informé, ce diagnostic ne se fait jamais), on pourrait être autorisé, à condition d'intervenir dans les toutes premières heures, à tenter une réduction manuelle « prudente et discrète », encore faudrait-il conseiller la cure radicale, une fois tous les phénomènes aigus disparus, l'opération à froid.

A notre avis, l'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas simples ou compliqués : il ne nous semble pas qu'il puisse y avoir hésitation sur ce point. Mais le plus souvent, nous le répétons, ce ne sera pas sous cet aspect que la question se posera. C'est au cours de l'opération que l'on aura la surprise de tomber sur une trompe herniée. Quelle conduite adopter à son égard ? Deux ordres de faits :

1° *L'organe est le siège de graves lésions, lésions inflammatoires, ou lésions trophiques.* — La résection s'impose alors sans conteste. Même en cas de doute, il ne faut pas hésiter à sacrifier le viscère : le chirurgien serait mal inspiré en réduisant dans l'abdomen un organe susceptible de contaminer le péritoine. Alors on *commencera par se donner du jour* (Professeur Lejars) : on agrandira l'incision, on débridera le collet du sac et de l'anneau herniaire. Il faut, en effet, lier la trompe en tissu sain, bien en amont de la partie stricturée ou lésée. La trompe une fois dans le champ, bien en vue, bien examinée, on la sectionne, mais auparavant il y a une grande importance à assurer l'hémostase et pour ce faire *lier les pédicules vasculaires* du ligament large intéressés. Ils sont au nombre de deux : ce sont, premièrement le pédicule vasculaire qui suit le ligament tubo-ovarien, et deuxièmement le pédicule vasculaire qui longe la trompe jusqu'au niveau de son abouchement avec l'utérus et qui comprend une branche de l'artère et de la veine utérines. Le catgut nous paraît devoir être à conseiller pour ces ligatures. Quant à la cautérisation ignée souvent employée, nous ne voyons guère son utilité que dans les cas où on se trouvera en présence de lésions de nature infectieuse.

Kousmine, se trouvant en présence d'adhérences considérables, d'un pyosalpinx à contenu très virulent et de volume énorme, s'est contenté d'ouvrir et de drainer : c'est là un pis aller, dont l'indication nous paraît devoir être exceptionnelle.

2° *L'organe n'est pas altéré, ou les lésions dont il est le siège paraissent susceptibles de guérison.* — Etant donné l'importance de l'oviducte dans les fonctions de reproduction, l'âge de la malade est alors seul à considérer. Est-elle jeune ? Libérer la trompe et la réduire. Est-elle aux environs de la ménopause et à *fortiori* plus âgée ? Réséquer l'oviducte délibérément.

Il est bien entendu que, dans tous les cas, on procèdera pour terminer à une cure radicale de la hernie. On pourra souvent, même dans les cas compliqués, se dispenser de drainer, surtout, si, comme nous l'avons conseillé, l'hémostase a été faite de soigneuse façon.

CONCLUSIONS

1° Parmi les hernies des organes génitaux de la femme, la hernie de la trompe utérine seule constitue une variété assez rare. Nous avons pu néanmoins en réunir 78 observations.

2° La hernie de la trompe est tantôt inguinale, tantôt crurale, exceptionnellement obturatrice. La hernie inguinale est deux fois plus fréquente que la hernie crurale.

3° La hernie de la trompe est ou acquise ou congénitale, mais la variété acquise est deux fois plus fréquente que la variété congénitale.

4° La hernie congénitale est toujours inguinale. Elle résulte de la coïncidence d'une ectopie tubo-ovarienne au niveau de la région inguinale d'une part et de la persistance du canal de Nuck d'autre part. Il y a en général une laxité exagérée de l'appareil suspenseur de la trompe.

5° La hernie acquise est tantôt inguinale, tantôt crurale. Elle reconnaît pour cause première la grossesse et les accouchements répétés qui relâchent les moyens de fixation de la trompe. Mais la trompe peut être primitivement malade et des adhérences pathologiques favoriseront alors la hernie. Enfin la hernie de la trompe peut être une hernie par glissement analogue aux hernies du cæcum.

6° La trompe herniée est en général une trompe malade. Elle peut être adhérente ou non au sac suivant son état et son mode d'engagement dans l'anneau herniaire.

7° Aucun signe clinique ne caractérise la hernie de la trompe. Le diagnostic n'en est jamais fait.

8° La hernie de la trompe se complique d'étranglement, de salpingite avec pyosalpinx dont les signes rappellent à s'y méprendre ceux de l'étranglement intestinal ou de l'épiplocile enflammée. Une grossesse eclopique peut se développer dans une trompe herniée.

9° Le traitement différera suivant que la trompe sera saine ou altérée, suivant l'âge de la malade :

trompe saine et malade jeune = réduction,

trompe saine et malade ayant dépassée la ménopause = résection.

trompe altérée ou douteuse = résection.

suivra ensuite une cure radicale de la hernie.

Vu :
Le Doyen,
G. SIGALAS.

Vu, Bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 Décembre 1928.
Le Recteur de l'Académie,
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
CIROT.

BIBLIOGRAPHIE

- Bandl.** — Die Krankheiten der Tuben in *Deutsche Chirurgie* (Biblioth-Lücke). lief 59, p. 7 : lage. Anomalien der Tüben.
- Berger.** — Article : Hernies de la trompe, in *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*. 2^e édit. t. VI, p. 236).
- Broca.** — Bulletins de la Société d'Anatomie, janv. 1893.
- Caneva Zénini** — Ernie delle trompa uterina. Milano 1907, un caso raro di strozzamento erniario di una tuba uterina. (*Osp. Maggiore*. Milano 1913).
- Camus (V.).** — Les hernies de la trompe utérine seule. (*Archives médicochirurgicales de Province*. Tours 1923).
- Cloquet (J.).** — Recherches anatomiques sur les hernies de l'abdomen (*Th.* Paris 1897, n° 129).
- Delepine (J.).** — La hernie de la trompe de Fallope; son étrangement. (*Rev. franç. gyn. et obst.*, Paris, 1921).
- Deneux.** — Mémoire sur les hernies de l'ovaire (*Th.* Paris, 1813).
- Garrigues.** — Les hernies de la trompe utérine (*Th.* Paris 1903-1904).
- Guself.** — Hernia of the Fallopian tube. (*Kirurgia*. Mosk, 1906).
- Guyot et Jeanneney.** — Société d'obstétrique et de gynécologie. Hernies des ovaires, 17 mars 1922.
- Heil K).** — Ein Fall von Stieldrehung der Tube bei virginellen Genitaltractus. (*Zentrall f. Gynäk.* Leip. 1921).
- Hertwig (O.).** — *Traité d'embryologie*, Paris, 1900.
- Ivanoff (P.).** — Hernie de la trompe de Fallope (*Th.* Lille, 1902. N° 103).

- Heineck.** — Contribution à l'étude des hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes. (*Journal méd.* Bruxelles, janv. 1913).
- Jabouley et Patel.** — Article Hernies, (in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*).
- Jalaguier.** — In thèse Bonnet. Paris 1898.
- Jeanneney et Dax.** — Société anatomique de Paris. 1923, p. 141.
- Lejars (F.).** — Hernie inguinale de la trompe, (*Rev. de chirurgie*, 1893, p. 2).
- Poirier.** — Anatomie humaine.
- Puech (A.).** — Des ovaires et de leurs anomalies. Paris, 1873.
Les hernies de l'ovaire (*Annales de gynécologie*, 1878).
- Raymond.** — *Bulletin de la Soc. anatomique*, nov. 1894.
- Rocher.** — Deux cas de hernie de l'ovaire chez le nourrisson. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1924).
- Quand et comment opérer les hernies inguinales du nourrisson ? (Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 16 mai 1924).
- A propos de quatre cas de hernie de l'ovaire chez le nourrisson (*Journal de méd.* Bordeaux, 10 novembre 1925).
- Rocher et Forton.** — Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 8 février 1927.
- Rocher et Peycelon.** — *Lyon médical*, 1925.
- Testut.** — Anatomie humaine.
- Testut et Jacob.** — Anatomie descriptive.
- Tourneux.** — Embryologie humaine, Paris, 1898.
- Vaucher (de).** — Contribution à l'étude de la hernie inguinale et de la trompe de Fallope. (*Th.*, Lyon, 1895.)
- Zuckerkandl.** — Ueber den Scheidenforsatz der Bauchfelles. (*Arch. f. klin. chir.*, 1877, t. XX.)
-

BORDEAUX. -- Imprimerie J. BIÈRE

18, 20, 22, Rue du Peugue. — 1928.
